DE

N° 49.

L'APOPLEXIE SANGUINE DU CERVEAU;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 15 mars 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ERNEST-FRÉDÉRIC LEFEBVRE, d'Ailly-sur-Noye,

Département de la Somme.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, *Suppléant.*
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. JULES CLOQUET, *Examinateur.*
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. BOUILLAUD, *Président.* CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Examinateur.* DUBOIS. DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier, *Suppléant.*	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance, *Examinateur.*	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled, *Examinateur.*	Velpeau.
Dubois.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MA SŒUR.

A MON ONCLE LEFEBVRE,

Aumônier de l'hôpital de Montdidier.

E.-F. LEFEBVRE.

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MA SOEUR.

A MON ONCLE LEFEBVRE,

Aumônier de l'hôpital de Montdidier.

DE

L'APOPLEXIE SANGUINE

DU CERVEAU.

Le cerveau, comme les autres organes, est soumis, dans ses états maladifs, aux influences des âges : ainsi, dans l'enfance, la maladie qui l'affecte le plus souvent, c'est l'hydrocéphale aiguë; dans l'adolescence et l'âge mûr, le ramollissement; la vieillesse est l'époque de la vie la plus féconde en apoplexies. Attaché depuis plusieurs années au service de santé de l'hôtel des Invalides, établissement spécialement destiné à des hommes avancés en âge, j'ai été à même d'observer cette maladie. L'apoplexie signalée par un épanchement sanguin dans la substance cérébrale arrive d'une manière subite, instantanée; le malade tombe comme frappé de la foudre : c'est à ce symptôme de chute qu'est dû son nom, du mot grec ἀποπλήττειν, *abattre, renverser.* Les auteurs anciens admettaient une apoplexie séreuse, pouvant occasioner les mêmes symptômes. Les travaux des médecins modernes ont bien limité le nombre de ce genre d'apoplexies. Il en est autrement pour moi de l'apoplexie nerveuse; je crois qu'on ne peut pas se refuser à l'admettre, puisque l'anatomie pathologique, dont les découvertes sont d'une si grande utilité, ne peut démontrer quelle

est la lésion organique, dans certains cas où les malades sont tombés comme frappés d'une apoplexie foudroyante. J'ai eu occasion de voir quatre cas de ce genre : les vaisseaux du cuir chevelu et des membranes du cerveau, les sinus de la dure-mère, étaient plus gorgés de sang que dans l'état ordinaire, et démontraient que la tête avait été le siége d'un mouvement fluxionnaire ; du reste, le cerveau était parfaitement intact : il ne présentait aucune trace de lésion. Comment expliquer ces morts qui étonnent par leur promptitude bien plus grande que lorsqu'on trouve des épanchemens énormes dans le cerveau, puisque rien dans aucun des organes ne paraît sortir de l'état normal, si l'on n'admet pas une apoplexie nerveuse qui tue en suspendant tout à coup l'innervation? Cette cause doit encore être admise pour expliquer comment des épanchemens d'une exiguité remarquable ont pu causer une mort subite. Je vais rapporter un exemple de ce genre, que j'ai observé tout récemment. Un invalide tombe mort ; le lendemain je fis l'autopsie devant M. *Ribes ;* j'y apportai le plus grand soin, parce qu'aucun épanchement ne fut trouvé dans les hémisphères ni dans les ventricules. A force de recherches, je trouvai un épanchement du volume d'un pois, dans la partie de l'hémisphère gauche qui repose sur la tente du cervelet ; du reste, les autres parties du cerveau étaient parfaitement intactes, et présentaient la consistance normale. Peut-on attribuer cette mort si subite à un épanchement aussi peu considérable? Je ne le crois pas. Des auteurs ont traité séparément du coup de sang ; pour moi je ne vois là que le premier degré de l'apoplexie, comme dans les autres organes l'afflux sanguin est le premier degré de l'inflammation.

Je me propose de ne traiter dans cet essai que de ce qui a rapport à l'apoplexie avec épanchement sanguin, et pour cela j'examinerai successivement, 1°. les lésions anatomiques qu'on remarque sur les cadavres des apoplectiques ; 2°. les symptômes propres à l'apoplexie ; 3°. les différentes manières dont elle se termine ; 4°. les maladies qui peuvent la compliquer ou la simuler ; 5°. les causes qui peuvent la produire ; 6°. les moyens thérapeutiques qui doivent être employés pour la combattre.

Lésions anatomiques. Lorsque les malades viennent à succomber, on rencontre à l'autopsie des désordres qui varient comme les degrés de l'affection dont ils sont la suite. Si la mort arrive dans la période de congestion, on trouve des traces évidentes de l'effort hémorrhagique qui a précédé : les différens sinus sont gorgés de sang ; les vaisseaux qui forment le réseau de la pie-mère sont injectés ; si l'on coupe par tranches la substance cérébrale, on y remarque un nombre infini de petits points rouges, où le sang suinte en petites gouttelettes par l'orifice des vaisseaux sanguins distribués dans son tissu.

Mais le raptus vers la tête a été plus violent : il a été suivi d'un épanchement dans la substance cérébrale ; alors les lésions présentent d'autres caractères : on trouve le foyer apoplectique qui présente deux points à considérer : 1°. le sang épanché ; 2°. la solution de continuité. Un foyer apoplectique récent a une forme irrégulièrement sphérique ; sa capacité varie depuis le volume d'un pois jusqu'à ces épanchemens énormes qui remplissent tout un hémisphère ; ses parois sont inégales, déchirées ; on y remarque des lambeaux de substance cérébrale complètement détachés, et au milieu du sang, ou tenant encore au cerveau par leurs extrémités. Si l'épanchement est tant soit peu considérable, il communique avec les ventricules ou avec la surface du cerveau dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Quelquefois les deux ventricules communiquent ensemble par la rupture du *septum lucidum.* Souvent la caverne et les ventricules érodés ne font qu'une même cavité. Lorsque l'épanchement est plus près de la surface du cerveau, les membranes qui le recouvrent peuvent être déchirées ; alors on trouve dans la grande cavité de l'arachnoïde une quantité plus ou moins grande de sang mêlé à des débris de la pulpe cérébrale. Quelquefois l'arachnoïde ayant résisté, le sang s'est répandu entre cette membrane et la pie-mère ; il recouvre en nappe les circonvolutions voisines. Il peut arriver encore que le sang, épanché profondément et en grande quantité dans la substance cérébrale, refoule les circonvolutions qui le recouvrent, les déplisse et les aplatisse dans une certaine étendue ; le toucher fait alors reconnaître une fluctua-

tion, indice de l'épanchement sous-jacent. Les parois des cavernes sont teintes par le sang avec lequel elles sont en contact; leur surface libre, frangée, présente des filamens flottans, si on les soumet à un courant d'eau. Lorsque avec un scalpel on râcle cette même surface jusqu'à une ligne de profondeur, on remarque un grand nombre de petites gouttelettes de sang qui s'échappent des vaisseaux capillaires qui viennent aboutir dans leur voisinage. M. *Cruveilhier* a décrit une autre espèce de lésion anatomique : ce sont de petits épanchemens sanguins dans les circonvolutions du cerveau; il faut enlever avec soin ses membranes pour les apercevoir.

Il arrive dans un grand nombre de cas que la substance du cerveau sur laquelle reposent les cavernes est ramollie, jaune, et presque fluide dans l'étendue de plusieurs lignes. M. *Rochoux*, qui le premier a attiré l'attention des observateurs sur ce fait, pense que cet état est primitif. Je suis porté à croire que ces ramollissemens ont été consécutifs dans le plus grand nombre de cas; d'abord à cause de l'instantanéité des symptômes, et ensuite parce que dans les cas où la mort est prompte, on ne les trouve pas : ils sont dus à l'irritation produite par le contact du sang épanché.

Lorsque le malade ne succombe pas, la nature établit un travail réparateur. Les phénomènes consécutifs du foyer apoplectique doivent être considérés dans le sang épanché et dans les parois du foyer. Le sang se coagule et se partage en deux parties, l'une solide et l'autre liquide, qui est résorbée et portée dans la circulation. Les parties environnantes ont une couleur jaune qui va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne du foyer : cette teinte est essentiellement due à la matière colorante du sang; aussi le caillot se décolore, prend une consistance plus marquée et finit par disparaître. Les parois, de leur côté, sont le siége d'un travail de cicatrisation ; elles perdent leur aspect frangé ; la caverne se resserre, s'égalise; apparaît alors le tissu cellulaire indispensable pour la formation d'une cicatrice. Une membrane celluleuse tapisse la cavité; et lorsque les parois, soutenues par un endurcissement de la substance cérébrale environnante, peu-

vent arriver au contact, l'adhésion a lieu ; d'autres fois, lorsque par l'étendue de l'épanchement, ou par toute autre cause, les parois ne se rapprochent pas, il s'établit une cavité tapissée par un véritable kyste séreux ; ou bien encore des brides soit celluleuses, soit vasculaires, unissent entre elles les parois opposées de ces cavernes, et forment par leur entre-croisement des espèces de vacuoles remplies par un liquide presque séreux. Quoi qu'il en soit, les cicatrices portent le caractère de leur origine morbide, et varient dans leur coloration depuis le brun jusqu'à la couleur de rouille.

Les épanchemens sanguins n'ont pas indistinctement leur siége dans toutes les parties de l'encéphale. Il résulte des recherches de MM. *Rochoux* et *Andral* que les corps striés d'abord, les couches optiques et les parties qui les avoisinent, sont le plus souvent le siége de l'épanchement. On trouve l'explication la plus probable dans la disposition anatomique du cerveau : les parties qui sont le plus souvent le siége d'un épanchement reçoivent plus de vaisseaux artériels et par conséquent plus de sang.

Il me reste maintenant, pour terminer l'étude des altérations pathologiques de l'apoplexie, à examiner quelle peut être la source de l'épanchement. Le cerveau, comme tous les autres organes, contient du sang artériel et du sang veineux. Existe-t-il une apoplexie artérielle et une apoplexie veineuse ? les épanchemens considérables qui existent dans la boîte osseuse du crâne, compriment le cerveau et inondent le canal rachidien, ne peuvent s'expliquer que par la rupture d'un gros tronc vasculaire. Les artères du cerveau ont des parois très-minces, eu égard à leur volume ; elles sont sujettes, comme les autres artères, aux altérations crétacées : ces plaques osseuses gênent la circulation. L'impulsion du sang brise les parois des artères dans les alentours de ces plaques. Le sang coule en abondance et détruit la substance cérébrale environnante. On produit tous les jours dans les amphithéâtres la rupture de ces artères par des injections poussées un peu vigoureusement. Les apoplexies artérielles sont, par ces raisons, incontestables ; elles sont l'apanage de la vieillesse, parce

qu'alors les artères présentent souvent l'altération crétacée si favorable aux ruptures. Quant à l'apoplexie veineuse, il est plus difficile de prouver sa possibilité. Cependant les expériences de M. *Cruveilhier* prouvent que, par analogie, elle peut avoir lieu dans le cerveau comme dans les membres où il l'a produite.

L'épanchement peut se faire de deux manières, par rupture des vaisseaux ou par exhalation sanguine dans les cavités de l'arachnoïde. La déchirure, comme je viens de le dire, peut porter sur les troncs artériels et veineux, sur les troncs vasculaires ou sur les vaisseaux capillaires. Il est plus difficile d'expliquer l'instantanéité des symptômes, dans le cas d'hémorrhagie par exhalation; si elle se faisait comme dans les autres membranes, elle devrait produire des effets graduels. J'ai vu un cas d'apoplexie promptement mortelle chez une jeune femme de vingt-deux ans; j'aurai à en parler plus tard. A l'autopsie, on a trouvé du sang dans les quatre ventricules, sans que la membrane qui les tapisse parût déchirée dans aucun point.

Symptômes. Au cerveau se rattachent deux ordres de fonctions, l'intelligence et la locomotion : c'est dans le trouble de ces deux fonctions qu'il faut chercher les signes pathognomoniques d'un épanchement dans la substance cérébrale. Cet épanchement comprime, engourdit toutes les facultés; et l'engourdissement peut être porté jusqu'à la suspension ou l'abolition complète de l'intelligence. Cependant on a observé, dans des cas rares à la vérité, qu'une paralysie subite instantanée avait lieu sans qu'au moment de l'attaque le malade perdît connaissance. L'autopsie a prouvé ce fait; mais ordinairement les choses ne se passent pas ainsi, et on remarque au moment de l'attaque une perte plus ou moins complète, plus ou moins prolongée de l'intelligence. Quelquefois l'apoplectique a été averti du danger qui le menaçait par des vertiges, des pesanteurs de tête, des éblouissemens; mais ces symptômes précurseurs sont rares. Le malade est frappé tout à coup; des symptômes alarmans apparaissent au milieu de la santé la plus brillante. Tantôt le malade est plongé

dans un état d'hébétude complète; ses traits, immobiles et sans expression, annoncent qu'il est presque indifférent aux choses qui l'entourent; il ne répond que difficilement par la parole et par les gestes, si celle-ci lui a été ravie. Il est obligé de prêter une attention soutenue pour comprendre. Mais l'hémorrhagie est plus considérable; le malade a tout à fait perdu la conscience de son mal; toute vie de relation est suspendue : cependant, si la mort n'arrive pas promptement, le cerveau s'habitue à cet état de compression, de telle sorte que le malade reprend connaissance au bout d'un temps plus ou moins long; et si l'état comateux reparaît, il faut l'attribuer à un nouvel épanchement.

Les lésions des fonctions de la locomotion ne sont ni moins constantes, ni moins caractéristiques. Une paralysie soudaine plus ou moins complète se fait remarquer dans la myotilité aussi bien que dans le sentiment. La paralysie a toujours lieu du côté opposé à l'épanchement : ce fait est si bien constaté maintenant, qu'on est porté à regarder comme inexactes les observations citées avec paralysie du même côté que l'épanchement. Cette paralysie varie en intensité et en étendue; elle a été observée sur un ou sur les deux yeux, sur le larynx, la langue, l'œsophage, un bras, une jambe, et toute une moitié du corps; et dans quelques attaques violentes on a vu la résolution complète de tous les muscles des membres. La paralysie de l'œil ou de ses muscles est rare, ainsi que celle du larynx et de l'œsophage. Ses phénomènes sont plus faciles à remarquer à la face; car les muscles de cette partie du corps sont presque toujours atteints dans l'apoplexie. Ainsi la commissure de la bouche est tirée en haut du côté de l'épanchement. Les muscles paralysés ne pourront plus contre-balancer l'action de leurs antagonistes. La tête éprouve une déviation semblable. La langue, dans certains cas, est déviée du côté paralysé; rien de plus variable que cette déviation. Le bras est toujours plus fortement frappé que la jambe du même côté; sa paralysie dure plus long-temps. En général, l'hémiplégie se déclare simultanément dans toute une moitié du corps : quelquefois cepen-

dant elle a lieu d'une manière graduelle et successive : ainsi elle commence par le bras et s'étend à la jambe, ou bien c'est la jambe qui est attaquée la première.

Il existe des hémiplégies du sentiment aussi bien que des hémiplégies du mouvement ; ainsi, dans le plus grand nombre des cas, on peut impunément pincer et irriter le membre paralysé. Quelquefois cependant il transmet encore au cerveau la souffrance qu'il ressent. Dans des cas rares, la sensibilité paraît exaltée, et on ne peut toucher ni remuer les membres paralysés sans arracher des cris au malades. Le membre frappé a repris la faculté de sentir bien avant celle de se mouvoir.

On remarque des hémiplégies de la face qui peuvent avoir d'autres causes que l'apoplexie : ainsi la compression des nerfs facial et trijumeaux, par une tumeur développée dans leur voisinage ou la fracture du rocher, on cite des cas semblables. La perte des mouvemens volontaires n'entraîne pas toujours celle des mouvemens musculaires ; le plus ordinairement le membre paralysé tombe comme une masse inerte. Cependant quelquefois il y a rigidité et même contractions spasmodiques extrêmement douloureuses. La résolution générale des membres, qui a lieu lorsque l'épanchement est double, rend un peu plus difficile le diagnostic, parce qu'il est difficile de décider alors si cet état tient à un collapsus général ou à l'effet de la compression. La roideur tétanique qui accompagne quelquefois la rigidité des membres augmente encore cette incertitude. Cet épanchement double est très-rare. La paralysie générale est plutôt le résultat d'un épanchement considérable dans un des hémisphères et comprimant l'autre fortement. Cette succession progressive dans l'étendue et l'intensité de la paralysie est loin d'être constante ; elle se remarque plus souvent dans le ramollissement que dans l'apoplexie.

La perte subite, instantanée, plus ou moins complète, du sentiment et du mouvement dans la moitié du corps ou une partie de cette moitié, voilà en général les phénomènes constans, phénomènes pathognomoniques de l'apoplexie. Aussi les symptômes que je vais

énumérer n'ont qu'un degré d'utilité bien inférieur aux précédens. Le délire peut quelquefois venir compliquer l'hémiplégie, lorsque l'épanchement irrite les méninges. Dans quelques cas, il y a des bâillemens fréquens, stupeur, tendance au sommeil, ronflement; alors le danger est grand, car il indique une forte compression du cerveau et même augmentation progressive de la force comprimante. C'est par la même raison que le coma est, en général, un symptôme fort grave dans l'apoplexie, surtout lorsqu'il persiste. La paralysie de la vessie ou du rectum, ou l'émission involontaire des urines ou des matières fécales, est d'un fâcheux augure; elles dénotent une altération profonde du cerveau; la face présente un état de stupeur, d'étonnement qu'elle conserve un temps plus ou moins long après l'attaque; les yeux ont perdu leur expression; la pupille peut être contractée ou dilatée, quelquefois immobile. Quant à l'injection de la face et du cuir chevelu, elle est loin d'être constante; souvent, au contraire, la face est d'une pâleur remarquable. Le pouls ordinairement est dur, naturel pour la fréquence: l'expérience a prouvé qu'un pouls intermittent, et surtout un pouls fréquent, sont de mauvais augure; sa force indique qu'il faut insister sur les saignées. Souvent la respiration n'est pas influencée d'une manière sensible; elle est presque toujours facile. Lorsque aussitôt l'attaque la respiration devient difficile, c'est un signe fâcheux; mais plus tard, lorsque les symptômes augmentent, elle finit par partager l'état de collapsus général de l'économie, et elle devient stertoreuse, présage de la terminaison promptement funeste de la maladie.

Modes de terminaison. La mort arrive dans le tiers des cas, selon les auteurs; je crois cette proportion trop faible, au moins quant aux apoplexies que j'ai observées. Lorsque cette funeste terminaison arrive, c'est rarement avant plusieurs heures, le plus souvent dans le délai de trois à six jours; mais quand même la mort n'arriverait pas, l'apoplexie est toujours une affection excessivement grave; car ce n'est pas comme dans les autres organes, où les lésions les plus graves

guérissent sans laisser de traces; là, au contraire, à moins qu'il n'y ait pas eu épanchement, jamais les facultés ne se rétablissent dans leur intégrité parfaite. Les phénomènes de la compression cessent avec la cause qui les produit; mais les effets de la déchirure persistent avec plus ou moins d'intensité, selon la grandeur de la lésion ; la substance cérébrale comme la substance nerveuse ne se réparent jamais ; les parties paralysées, quand même elles recouvrent le mouvement, sont presque toujours privées d'une sensibilité et d'une contractilité égales à celles dont elles jouissaient avant l'attaque. Ainsi on voit les uns ne s'exprimer qu'avec la plus grande difficulté, d'autres porter le bras en écharpe, d'autres traîner la jambe et marcher en fauchant. Dans d'autres cas plus funestes, la paralysie persiste dans toute sa violence primitive, causée par l'étendue et la profondeur de la désorganisation. Presque toujours aussi les malades, après une attaque, sont moins aptes aux travaux qui exigent une attention soutenue. Ils rient et pleurent sans sujet; ils ont perdu leur énergie. Il est facile de voir, d'après toutes ces causes, que le prognostic de l'apoplexie est toujours fâcheux, et qu'il faut agir avec la plus grande réserve. Tel individu qui paraissait frappé à mort en revient; tel autre qui ne paraissait que légèrement atteint succombe. Il faut attendre le neuvième jour pour prononcer, parce que c'est dans cet intervalle que le malade a supporté les dangers primitifs de la compression et de la déchirure, les chances d'un nouvel épanchement et celles d'un travail réparateur. Les apoplexies avec perte de connaissance sont infiniment plus graves que celles sans perte de connaissance.

Maladies pouvant simuler ou compliquer l'apoplexie. Quoique les caractères de l'apoplexie soient bien tranchés, il faut encore de la part du médecin une grande attention pour ne pas la confondre avec les maladies qui peuvent la simuler. Je crois qu'il est facile de ne pas la confondre avec l'arachnitis et l'encéphalite partielle, d'après les caractères que MM. *Lallemand* et *Bouillaud* ont donnés pour distinguer ces maladies ; ainsi l'arachnitis présente une céphalalgie vio-

lente, délire furieux, spasmes, tremblemens, fièvre plus ou moins intense, injection du visage et des yeux dans la première période ; dans la seconde période, elle présente bien une hémiplégie, mais qui est incomplète et porte bien plus sur les organes des sens, sur la sensibilité en général, sur les fonctions intellectuelles, que sur la myotilité. Dans l'apoplexie, il y a paralysie subite, brusque, avec lésion des facultés intellectuelles et locomotrices ; mais la paralysie subite, instantanée, est le signe pathognomonique de l'apoplexie. Dans l'encéphalite, on remarque bien ces mêmes phénomènes ; mais comme dans toutes les inflammations, la marche a été lente, les effets n'ont apparu que d'une manière lente et progressive. M. *Lallemand* a donné la distinction de ces trois maladies d'une manière laconique et précise. Dans l'inflammation de l'arachnoïde, dit-il, symptômes spasmodiques sans paralysie ; dans l'apoplexie, paralysie subite sans symptômes spasmodiques ; dans l'inflammation du cerveau, symptômes spasmodiques, paralysie lente et progressive, marche inégale, intermittente.

Un épanchement résultat d'une chute sur la tête peut présenter tous les caractères de l'apoplexie ; mais alors l'erreur n'est nullement funeste, puisque le traitement doit être le même.

D'autres affections peuvent simuler l'apoplexie sous forme comateuse : ainsi l'ivresse, l'asphyxie ou un empoisonnement par les narcotiques, les suites d'un accès épileptique ou d'une attaque d'hystérie ; toutes les maladies sous forme comateuse ; les commotions, les contusions du cerveau, ses maladies organiques ; une fièvre pernicieuse apoplectique : mais toutes ces maladies s'accompagnent ordinairement de symptômes qui les décèlent ; le coma produit par un accès épileptique dure quelquefois douze et vingt-quatre heures, quelquefois le malade succombe dans cet état. Les accès qui ont précédé ceux qui se remarquent pendant la durée de l'affection comateuse dirigent le praticien. Il est bon pourtant de remarquer qu'il est des cas où l'apoplexie se déclare pendant l'accès épileptique.

Deux affections dont j'ai parlé à l'occasion des maladies qui peu-

vent simuler l'apoplexie, viennent la compliquer dans un grand nombre de cas, l'arachnitis et l'encéphalite partielle. L'arachnitis qui vient compliquer l'apoplexie se décèle par des symptômes et des lésions anatomiques qui prouvent qu'elle a accompagné l'apoplexie : ainsi c'est à l'inflammation de l'arachnoïde qu'il faut rapporter la contraction et l'oscillation de la pupille, la fréquence du pouls, le délire, et les convulsions du côté opposé à la paralysie. Les lésions anatomiques sont de la nature de celles produites par l'inflammation des séreuses : épanchement plus ou moins abondant de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde ; dans certains cas, cette sérosité s'est coagulée, elle a l'aspect d'une gelée ; dans d'autres, elle s'est organisée et a formé des brides. L'encéphalite complique si souvent l'apoplexie, qu'on a cru que le ramollissement résultat de l'inflammation du cerveau avait précédé l'apoplexie. Il est vrai que, l'apoplexie altérant profondément le cerveau, l'encéphalite ne peut se manifester pendant la vie par les symptômes qui lui sont propres : cela est si vrai, que, quand l'épanchement est peu considérable, on voit apparaître les symptômes qui annoncent l'inflammation de la pulpe cérébrale environnante ; MM. *Lallemand* et *Bouillaud* citent, à l'appui de cette opinion, des exemples qui ne laissent aucune incertitude. L'inflammation est le commencement indispensable de tout travail réparateur ; mais quelquefois elle dépasse les bornes qui sont nécessaires à ce travail, et il s'établit dans ce point une véritable maladie ; c'est ce qui arrive pour les épanchemens sanguins dans la substance cérébrale. La pulpe voisine devient le siége d'une véritable inflammation qui ajoute au danger de l'affection première.

Ou bien le sang appelé autour du foyer en plus grande abondance y détermine un second épanchement : voilà l'explication de ces apoplexies qui se font pour ainsi dire en deux temps séparés par un intervalle plus ou moins long. La première attaque a été légère ; le malade a repris presque aussitôt connaissance, et il a pu continuer ses occupations : mais, du cinquième au dixième jour, une nouvelle attaque reparaît ; alors surviennent l'assoupissement et la

gêne dans la respiration, et le malade succombe après avoir donné les plus grandes espérances. M. *Cruveilhier* cite des faits de ce genre; je vais en rapporter un semblable, dont j'ai été témoin il y a peu de jours. On apporte à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. *Récamier*, une femme qui présentait les symptômes d'une attaque d'apoplexie très-intense; M. *Trousseau* employa tous les moyens usités en pareille circonstance. Le lendemain, tous les symptômes avaient disparu comme par enchantement; elle avait recouvré l'usage de la parole et de ses membres; cependant elle fut gardée à l'hôpital pour s'assurer du succès. Mais au bout de quinze jours les mêmes accidens se représentèrent, et la malade succomba. On trouva à l'autopsie plusieurs petits foyers dans le corps strié droit.

Causes. Des causes de l'apoplexie, les unes peuvent être rapportées à certaines dispositions d'organisation propres au sujet, les autres peuvent la produire par leur influence directe et instantanée sur l'économie. Je crois qu'il ne faut pas attacher trop d'importance à cette distinction des causes en *prédisposantes* et *occasionelles;* je vais examiner celles qui par leur importance méritent le plus d'attention.

Les alternatives de grande exaltation et de non-excitation du cerveau, sa disposition anatomique, le nombre considérable des vaisseaux artériels, le peu d'épaisseur de leurs parois, les altérations crétacées qui y sont si fréquentes, le développement correspondant du système veineux, la longueur et la ténuité excessive des veinules, voilà les causes principales de l'apoplexie.

La vieillesse n'est l'époque de la vie la plus féconde en apoplexies qu'à cause de l'altération crétacée des vaisseaux du cerveau, si fréquente dans un âge avancé. Certains auteurs ont attaché beaucoup d'importance, dans la production de l'apoplexie, à ce qu'on apelle une *constitution apoplectique.* La fréquence de cette affection chez les vieillards prouve combien cette idée est exagérée. Puisque c'est à cet âge qu'on remarque principalement la faiblesse de la constitution et la langueur de la circulation, on doit mourir apoplectique comme on

devient phthisique, sans que rien dans l'économie puisse annoncer à quel genre de maladie on doit succomber. Ainsi le plus souvent l'individu n'a éprouvé aucune douleur du côté de la tête : il est vrai de dire pourtant que des douleurs dont la durée et l'intensité varient annoncent une maladie du cerveau qui se termine par une attaque d'apoplexie; mais la constitution n'entre en rien dans cet état. Je vais rapporter à l'appui de ce que j'avance un fait intéressant sous plus d'un rapport : une jeune personne âgée de vingt-deux ans éprouvait depuis l'âge de quinze ans des douleurs très-vives dans le côté gauche de la tête : elle accusait un sentiment de froid et d'engourdissement dans cette partie et la partie gauche de la face. Mais les intervalles de ces douleurs étaient considérables; sa santé, du reste, était bonne; quoique d'une constitution lymphatique, elle était grande, élancée; elle avait le cou très-long et la peau blanche. Elle se marie et devient enceinte; à la suite de fatigues très-grandes, ses douleurs de tête prirent un caractère d'acuité tel, qu'elle poussait des cris continuels, sans fièvre ni symptômes du côté de l'intelligence ni du mouvement. Les saignées, toute la longue série des antispasmodiques, les dérivatifs, furent employés, et avec le temps parvinrent à calmer les douleurs. Elle était assez bien depuis plusieurs mois; mais sa maigreur et sa pâleur étaient alarmantes : elle était vers la fin du huitième mois de sa grossesse, lorsqu'elle tomba sans connaissance, comme une masse, en sortant de son lit; elle revint à elle presque aussitôt : la tête était douloureuse. Le surlendemain, même accident, même chute instantanée; mais la perte de connaissance dura plus long-temps : une saignée lui fut pratiquée. Elle était tout à fait à terme et se berçait d'espérances, lorsqu'un matin elle se plaint d'une douleur dans la tête, plus vive qu'à l'ordinaire : elle demanda un verre d'eau sucrée; mais lorsqu'on le lui porta à son lit, elle avait perdu connaissance; on courut aussitôt chercher le médecin, qui la trouva dans l'état suivant : résolution complète, inertie de tous les membres, la figure pâle et décolorée; la respiration était difficile; quelque chose avait l'air de serrer le larynx. Le cas était grave; il voulut attendre un peu : il fit appliquer des si-

napismes; cet état persista. L'attaque avait commencé à sept heures : il voulut la saigner à huit; mais il n'eut que le temps d'ouvrir la veine, elle avait cessé d'exister. A l'autopsie nous trouvâmes une extravasation sanguine entre l'hémisphère gauche et l'arachnoïde; la substance cérébrale au-dessous était parfaitement intacte. Il y avait du sang dans tous les ventricules; un caillot énorme remplissait le ventricule gauche : enlevé avec soin, il ne laissa voir aucune érosion aux parois de ce ventricule; les autres, examinés avec la plus scrupuleuse attention, parurent intacts partout. Nous trouvâmes aussi dans le corps strié droit un corps couleur de rouille du volume d'une grosse noisette; la substance cérébrale environnante était évidemment ramollie : ce corps présentait une consistance fibrineuse; sa couleur était brun foncé.

L'hypertrophie du ventricule gauche est une cause fréquente d'apoplexie : il en est ainsi des travaux forcés de l'intelligence, des violens chagrins, de la colère, et enfin des maladies chroniques du cerveau. On conçoit en effet que ces affections, qui sont une occasion permanente de fluxion sanguine vers la tête, sont un premier pas vers l'apoplexie.

M. *Broussais* considère les phlegmasies du tube digestif comme une cause puissante d'apoplexie. Sur cela sont fondés les justes reproches qu'on a faits à l'usage intempestif de la médication tonique ou stimulante dans le traitement de l'apoplexie. C'est par la même raison que l'abus des alimens et surtout des liqueurs fermentées se rencontre assez fréquemment chez les individus atteints de cette maladie.

Les chutes, les violences sur la tête ont été peu signalées comme causes d'épanchement; à elles se rattachent d'autres accidens, tels que la compression, la commotion.

Il y a en outre d'autres causes qui peuvent produire une apoplexie, comme toute autre hémorrhagie ou inflammation : telles sont la rétrocession d'une dartre, d'un érysipèle, la suppression d'une suppuration, d'une hémorrhagie habituelle. Certains états atmosphériques

contribuent d'une manière étonnante à la production d'une apoplexie : ainsi presque toutes les apoplexies que j'ai observées aux invalides ont eu lieu pendant l'hiver.

Traitement. La connaissance des lésions anatomiques et des causes des maladies est une condition indispensable au médecin pour qu'il puisse établir son traitement d'une manière rationnelle : ainsi, pour l'apoplexie, prévenir les fluxions sanguines vers le cerveau, voilà le traitement préservatif ; favoriser l'absorption du sang épanché et maintenir le travail de réparation dans de justes limites, voilà le traitement curatif ; éloigner du malade par un régime sévère toutes les causes éloignées ou prochaines de l'apoplexie, stimuler par tous les moyens possibles la sensibilité dans les membres paralysés, voilà le traitement consécutif.

C'est surtout dans cette maladie que le traitement préservatif doit être avantageux, si toutefois des symptômes précurseurs avertissent le malade d'y avoir recours. Il faut diminuer la masse du sang par des saignées soit générales, soit locales ; non-seulement éviter les excès dans les alimens et les boissons, mais encore soumettre le malade à une diète plus ou moins sévère, le nourrir de végétaux, l'envoyer à la campagne, lui ordonner un exercice modéré, proscrire les travaux de l'intelligence et tout ce qui peut exciter le cerveau, tenir le corps libre au moyen de purgatifs doux et de lavemens, éviter tout effort et toute position qui peut retenir le sang dans le cerveau.

Mais l'apoplexie est déclarée : c'est à un traitement curatif actif qu'il faut avoir recours. La saignée générale est le moyen le plus puissant d'obtenir l'absorption du sang épanché. On a conseillé plusieurs endroits pour faire cette saignée : on a pratiqué l'artériotomie pour parvenir au but de désemplir les vaisseaux avec plus de promptitude ; mais aujourd'hui la saignée de la temporale est abandonnée. On a discuté les avantages qu'il pouvait y avoir à ouvrir la jugulaire, la saphène, la céphalique : je crois que la saignée de la jugulaire doit

être avantageuse, à cause de sa proximité de l'endroit fluxionné. L'effet dérivatif de la saignée du pied me paraît plus marqué que celui de la saignée du bras ; mais la commodité de cette dernière, la facilité avec laquelle on mesure le sang qu'on retire, font qu'elle est généralement usitée. M. *Cruveilhier* a conseillé de saigner la membrane pituitaire : cette idée est bonne, et il dit avec raison qu'un peu de sang hémorrhoïdal fait plus de bien qu'une masse dix fois plus considérable obtenue soit à l'aide des sangsues ou de la lancette. Cette saignée peut être remplacée avantageusement par l'emploi des sangsues dans les narines. La quantité de sang qu'on doit tirer varie suivant plusieurs circonstances relatives à l'âge, au tempérament, à la période plus ou moins avancée de la maladie. Une forte saignée au début de la maladie est très-utile : si le sujet est fort et robuste, elle doit être suivie d'une seconde saignée douze heures après. Cette méthode est préférable à ces petites saignées répétées cinq ou six fois dans les premiers jours de l'attaque. Quels que soient les avantages de la saignée, il ne faut pas en abuser et se laisser tromper par l'état du pouls, dont la dureté persiste quelquefois jusqu'à la mort. J'ai observé que la saignée n'a pas sur cette maladie une influence aussi marquée que sur diverses autres inflammations, et que son emploi ou celui des dérivatifs cutanés ou intestinaux présente les mêmes résultats. Il faut au reste que le praticien n'exige pas avec trop de promptitude le succès qui doit suivre le traitement qu'il emploie : il faut au sang épanché le temps d'être absorbé.

Après les saignées générales, les applications de sangsues aux tempes, aux apophyses mastoïdes, sur le trajet des veines jugulaires, doivent être employées. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu, dans des cas de compression du cerveau, l'emploi des sangsues en petit nombre, successivement appliquées dans le but de maintenir un écoulement continu de sang, être suivi de bons succès. Je crois que ce moyen pourrait être avantageux pour prévenir un nouvel épanchement ou l'augmentation de la cause comprimante.

Il faut soustraire le malade à toute excitation extérieure, au bruit,

à une lumière trop vive ; le condamner au repos le plus absolu ; le coucher la tête aussi élevée que possible ; le soumettre à une diète sévère.

L'application du froid est un moyen précieux, dont l'emploi peut être fort utile si l'on en fait usage avec discernement : la glace pilée, et contenue dans une vessie qu'on applique sur la tête, est la manière la plus commode de se servir de ce moyen ; mais si la glace manque, des compresses imbibées d'eau bien froide et plus souvent renouvelées peuvent la remplacer. Si le sujet est fort, les saignées générales doivent avoir précédé l'emploi de ce moyen, dont l'application doit être long-temps prolongée et suivie, pour éviter la réaction qu'il produirait sans ces précautions. Dans le cas où on aurait affaire à un sujet débile, cette précaution pourrait être négligée impunément.

Des praticiens ont proscrit l'usage des vésicatoires et des sinapismes, parce que les effets de la douleur qu'ils causent produisent sur le cerveau, en augmentant la chaleur générale et l'activité de la circulation, une action nuisible que ne peut pas contre-balancer la dérivation résultat premier de leur application. Je crois qu'ils sont utiles dans certains cas où le malade est dans un état de stupeur, où la sensibilité générale paraît engourdie. La fluxion plus ou moins vive, plus ou moins permanente, que ces moyens appellent à la peau, lutte avec avantage contre la fluxion qui a lieu dans le cerveau.

M. *Cruveilhier* parle des avantages qu'il retire de frictions faites sur la peau avec une brosse imprégnée de teintures excitantes : ces frictions doivent être faites sans secousses.

Les dérivatifs dirigés sur le canal alimentaire ne produisent pas des effets moins avantageux ; les lavemens purgatifs, l'émétique en lavage, les drastiques, employés avec mesure, sont toujours de bons moyens : l'irritation qu'ils portent sur les premières voies s'oppose, en y attirant le sang, aux congestions cérébrales, et favorise singulièrement l'absorption. Il faut bien prendre garde que leur emploi ne détermine l'inflammation de l'estomac, dont les sympathies avec le cerveau sont si vives. Cette complication tendrait à entretenir plutôt qu'à ar-

rêter la maladie dont il est le siége : c'est la raison qui me porte à donner la préférence à l'emploi des lavemens purgatifs. Tous ces moyens doivent être précédés par les émissions sanguines générales et locales, à moins que la faiblesse du sujet ne s'y oppose. Les substances toniques ou excitantes, telles que l'infusion d'arnica, les potions éthérées, cordiales, etc., doivent être sévèrement proscrites.

Souvent les urines séjournent dans la vessie : le médecin doit avoir le soin de sonder le malade, car de graves accidens sont causés par le séjour prolongé de l'urine.

Le traitement consécutif consiste à exciter par tous les moyens possibles la partie paralysée, et à éviter une seconde attaque, dont la première est souvent l'avant-coureur. La nature des lésions de la substance cérébrale ne permet pas d'espérer beaucoup des moyens employés pour rétablir la sensibilité et le mouvement dans les membres paralysés. Cependant des frictions long-temps continuées, des douches, des mouvemens souvent répétés, seront utiles, en augmentant la sensibilité et la myotilité. Les linimens irritans avec lesquels on frictionne les membres agissent de la même manière. C'est donc à la nature qu'appartient l'honneur de la guérison ; mais aussi il faut que l'épanchement ait été peu considérable, autrement les membres restent toujours dans un état complet de paralysie. L'emploi de la noix vomique est généralement abandonné aujourd'hui, au moins dans les cas de paralysie dépendante d'une apoplexie. Le traitement préservatif précédemment indiqué devra être suivi avec toute la sévérité possible : des saignées légères, des applications de sangsues devront être ordonnées de temps en temps, et surtout au renouvellement des saisons ; on devra aussi avoir recours aux purgatifs, mais en évitant soigneusement leur abus. Au reste, si l'attaque a été grave, le malade sera forcé par sa position à suivre exactement ce régime. Les cas heureux où l'apoplectique recouvre une santé parfaite sont bien rares.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

II.

Autumnus tabidis malus. *Sect.* 3, *aph.* 10.

III.

Famem vini potio solvit. *Sect.* 2, *aph.* 21.

IV.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 2.